WISCONSIN FAMILY MEDICAID, BADGERCARE, AND FAMILY PLANNING WAIVER INSTRUCTIONS FOR APPLICATION AND REVIEW INSTRUCCIONES PARA SOLICITUD Y REVISIÓN DE LOS PROGRAMAS FAMILY MEDICAID, BADGERCARE Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE WISCONSIN

Esta solicitud debe ser completada por familias con hijos menores de 19 años de edad y mujeres embarazadas que deseen inscribirse en los planes Medicaid o BadgerCare de Wisconsin, y por mujeres solteras de entre 15 y 44 años de edad que deseen inscribirse en el Family Planning Waiver, Programa de Planificación Familiar. Ésta no es una solicitud para los programas de cupones de alimentos, cuidado infantil ni W-2. Si está interesado en alguno de estos programas de asistencia, comuníquese con el departamento de servicios humanos o sociales de su condado o tribu o bien con el organismo W-2 de su localidad. Estos programas brindan ayuda a personas o familias para solventar gastos de alimentación, cuidados infantiles o búsqueda de trabajo como parte del programa W-2.

Si necesita ayuda para llenar esta solicitud o desea responder a las preguntas personal o telefónicamente, comuníquese con el organismo de servicios humanos o sociales de su condado o tribu. Si tiene otras preguntas acerca de Medicaid o BadgerCare de Wisconsin, llame al Medicaid Recipient Services, Servicios para Beneficiarios, al 1-800-362-3002. También encontrará información en el sitio Web del Department of Health and Family Services, Departamento de Salud y Servicios Familiares, en: [HTTP://WWW.DHFS.STATE.WI.US/MEDICAID/](http://www.dhfs.state.wi.us/medicaid/).

Si tiene alguna incapacidad y necesita acceder a las instrucciones y a la solicitud en un formato alternativo o en otro idioma, llame al (608) 266-3356 o al (608) 266-2555 TTY (llamada gratuita). Los servicios de traducción y la información traducida son gratuitos.

CÓMO USAR ESTE FORMULARIO

1. Antes de llenar la solicitud, lea todas las instrucciones.
2. Escriba en forma clara y en letra de imprenta. Utilice tinta azul o negra.
3. Llene la solicitud en forma completa. Responda a todas las preguntas. Si la solicitud está incompleta, puede haber retrasos para que reciba los beneficios de *Medicaid*, *BadgerCare* o *Family Planning Waiver*. Si su solicitud no está completa o si solicitó elegibilidad retroactiva, el departamento de servicios humanos o sociales de su condado o tribu se comunicará con usted para obtener más información.
4. No escriba en las secciones sombreadas.
5. Escriba la información relativa a todas las personas que viven con usted. En caso de necesitar más espacio, agregue una segunda hoja.
6. Si está embarazada, incluya con su solicitud una nota firmada y fechada por su doctor u otro profesional de la salud que certifique su embarazo y la fecha prevista de parto.
7. Puede autorizar a un representante para que llene la solicitud en su nombre. Complete y envíe con su solicitud el formulario de "Representante autorizado" incluido en estas instrucciones. Este formulario autoriza a un representante para que complete y firme la solicitud por usted. Un tutor legal, guardián, apoderado legal o apoderado legal médico durable puede presentar una solicitud en nombre de otra persona sin que sea necesaria su autorización por separado.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

La siguiente es información importante sobre la elegibilidad para inscribirse en los programas *Medicaid/BadgerCare* de Wisconsin.

- La fecha de su solicitud indica el día de recepción por parte del organismo local de servicios humanos o sociales de su condado o tribu. La solicitud debe incluir al menos su nombre completo, domicilio y firma. La decisión tomada sobre su elegibilidad para inscribirse en los programas *Medicaid*, *BadgerCare* o *Family Planning Waiver* le será enviada por correo dentro de los 30 días a partir de la fecha de solicitud. Los formularios que no estén firmados no serán procesados y serán devueltos.

Es importante que se inscriba lo más pronto posible, ya que su elegibilidad para obtener los beneficios está basada en la fecha de su solicitud. Si usted reúne los requisitos, puede obtener los beneficios de Medicaid para cubrir hasta tres meses anteriores a la fecha de la solicitud, siempre y cuando se pueda reunir toda la información correspondiente a los meses previos y se determine su elegibilidad durante esos meses. Si está interesado en recibir ayuda para pagar por la atención médica de alguno de los tres meses previos a la fecha de su solicitud (fecha retroactiva), asegúrese de marcar "Sí" en el casillero de la solicitud correspondiente a la fecha retroactiva.

No se aplican fechas retroactivas para el plan *BadgerCare* o *Family Planning Waiver*. La elegibilidad para estos programas no puede comenzar antes del primer día del mes en que presenta la solicitud.

- Sus derechos y obligaciones están detallados en el folleto *Wisconsin Medicaid Program - Eligibility and Benefits*, Programa Medicaid de Wisconsin - Elegibilidad y beneficios, PHC 10025. Si no tiene el folleto, puede obtenerlo en el departamento de servicios humanos o sociales de su condado o tribu, o bien llamando al *Medicaid Recipient Services*, Servicios para Beneficiarios, al 1-800-362-3002. Si tiene alguna duda sobre sus derechos y obligaciones, comuníquese con el departamento de servicios humanos o sociales de su condado o tribu o con el *Medicaid Recipient Services* al 1-800-362-3002.
- Si usted cumple con todos los requisitos para obtener los beneficios de los planes *Medicaid*, *BadgerCare* o *Family Planning Waiver*, deberá completar una revisión cada 12 meses para determinar su elegibilidad. Los cambios en sus ingresos o la composición de su hogar deben ser informados al departamento de servicios humanos o sociales de su condado o tribu dentro de los 10 días de ocurridos. Para el programa *Family Planning Waiver*, únicamente los cambios en la composición de su hogar y en sus datos de residencia deben ser informados dentro de los 10 días de ocurridos.

SECCIÓN I: Información del cliente

¿Necesita ayuda para pagar los servicios de cuidado de la salud recibidos en alguno de los tres últimos meses?

Si necesita ayuda para pagar los servicios de cuidado de la salud recibidos en alguno de los tres últimos meses, marque "Sí". De lo contrario, marque "No". Si marcó "Sí", deberá suministrar información adicional para que podamos procesar su solicitud. El departamento de servicios humanos o sociales de su condado o tribu se comunicará con usted. **Recuerde:** Si usted solicita el plan *BadgerCare* o *Family Planning Waiver*, no puede aplicar retroactivamente su elegibilidad para los tres meses pasados.

¿Alguien en su hogar es ciego, discapacitado o incapacitado?

Si alguien en su hogar es ciego, incapacitado o tiene alguna discapacidad, marque "Sí". De lo contrario, marque "No". Si marca "Sí", deberá proporcionar más información y completar la solicitud para el programa *Elderly, Blind and Disabled Medicaid*; Medicaid para Ancianos, Ciegos y Discapacitados. El departamento de servicios humanos o sociales de su condado o tribu se comunicará con usted.

Marque el idioma en el que desea recibir las notificaciones.

Marque "Inglés" si desea recibir las notificaciones en inglés. Marque "Español" si desea recibir las notificaciones en español. En caso de necesitar ayuda para la traducción de cualquier notificación que reciba en otro idioma que no sea inglés o español, comuníquese con el departamento de servicios humanos o sociales de su condado o tribu.

Idioma que se habla en el hogar.

Escriba el idioma que se habla más frecuentemente en su hogar.

Case Number

No complete las secciones sombreadas.

Date received

No complete las secciones sombreadas.

Nombre de la persona que solicita la ayuda

Escriba el apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre de la persona que solicita los beneficios de *Medicaid*, *BadgerCare* o *Family Planning Waiver*.

Número de teléfono

Escriba su número de teléfono de 10 dígitos. Incluya el código de área, por ejemplo (608) 292-4021.

Damos por sentado que sus hijos asisten a la escuela a tiempo completo. Indique los nombres de los niños menores que no asistan a la escuela a tiempo completo.

Escriba el nombre y apellido de sus hijos menores de 18 años que no asistan a la escuela a tiempo completo.

Domicilio

Escriba su dirección, calle, ciudad, estado y código postal.

Domicilio postal

Escriba el domicilio postal donde desee recibir la información acerca de su elegibilidad para el programa *Medicaid/BadgerCare*. Éste puede ser su domicilio actual o bien el domicilio actual de su representante autorizado. Usted puede usar su domicilio postal como domicilio alternativo para recibir información confidencial sobre el programa *Family Planning Waiver*.

SECCIÓN II: Información general

La elegibilidad para ingresar al programa Medicaid/BadgerCare estará basada en los miembros de la familia que viven con usted. Complete esta sección de la solicitud incluyendo a todos los miembros de su familia que vivan con usted.

Nombre completo

Escriba el apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre de todos los miembros de su familia que viven con usted. Puede incluirse a usted mismo, a su cónyuge, padre, madre, hijos, hijastros, etc. Si usted es menor de 18 años de edad, está solicitando únicamente el *Family Planning Waiver* para sí mismo y no tiene cónyuge ni hijos, anote solamente su información personal.

¿Solicita cobertura de Medicaid o de BadgerCare?

Maque "Sí" para cada miembro de su familia que esté solicitando la cobertura de *Medicaid/BadgerCare*. Maque "No" para cada miembro de su familia que no esté solicitando la cobertura de *Medicaid/BadgerCare*.

¿Solicita la cobertura Family Planning Waiver?

El *Family Planning Waiver* provee beneficios limitados de *Medicaid* en la forma de servicios de planificación familiar para mujeres de entre 15 y 44 años de edad. Las mujeres que solicitan la cobertura de *Family Planning Waiver* no necesitan solicitar *Medicaid/BadgerCare*, pero sería muy conveniente que lo hagan, ya que *Medicaid* provee acceso a los beneficios completos.

Si alguna mujer de su hogar, que tenga entre 15 y 44 años de edad, solicita el *Family Planning Waiver*, marque "Sí". Si alguna mujer de su hogar, que tenga entre 15 y 44 años de edad, no solicita el *Family Planning Waiver*, marque "No".

Si no marca ninguno de los dos casilleros ("Sí" o "No"), la solicitud será procesada tomando "No" como respuesta para aquellas mujeres de entre 15 y 44 años de edad.

Número de Social Security

Escriba el número de *Social Security* (SSN) de todos los miembros de su hogar que soliciten la cobertura de *Medicaid*, *BadgerCare* o *Family Planning Waiver*. Si alguno de ellos no solicita estos beneficios, no será necesario incluir el SSN de esa persona.

Solicitar o proporcionar el SSN es voluntario. Sin embargo, quienes deseen acceder a los beneficios de Medicaid de Wisconsin pero no deseen proporcionar ni solicitar su SSN, no podrán ser elegibles para obtener la cobertura conforme a la sección 49.82(2) de los *Wisconsin Statutes*, Estatutos de Wisconsin.

Si usted está solicitando únicamente los servicios de emergencia debido a su condición inmigratoria, no necesita dar información relativa a su SSN.

La información acerca del SSN será empleada para administrar el programa *Medicaid*. El SSN permite realizar una verificación computarizada de la información que usted suministra con entidades gubernamentales tales como el *Internal Revenue Service (IRS)*, Servicio de Impuestos Internos; la *Social Security Administration (SSA)*, Administración de Seguro Social; y el *Department of Workforce Development*, Departamento de Desarrollo de Personal. Además, el departamento comparará su nombre y SSN con la información provista por proveedores de seguros de salud para determinar si tiene otro seguro.

Su SSN no será divulgado al *Immigration and Naturalization Service (INS)*, Servicio de Inmigración y Naturalización.

Fecha de nacimiento

Escriba la fecha de nacimiento de todos los miembros de su familia. Cuando escriba la fecha de nacimiento, use números para indicar el mes, día y año. (Por ejemplo: si su fecha de nacimiento es el 23 de febrero de 1970, escriba 02/23/70).

Sexo

Marque con un círculo la letra "M" por cada integrante masculino (varón) de su hogar. Marque con un círculo la letra "F" por cada integrante femenino (mujer) de su hogar.

Código de estado civil

En el espacio provisto escriba el código que mejor describa el estado civil de cada miembro de su hogar.

- A = Anulado
- D = Divorciado/a
- LS = Legalmente separado/a
- M = Casado/a
- S = Separado/a
- N = Nunca casado/a
- W = Viudo/a

¿Es ciudadano estadounidense?

Marque "Sí" en el casillero correspondiente a cada miembro de su familia que sea ciudadano de los Estados Unidos. Marque "No" en el casillero correspondiente a cada miembro de su familia que no sea ciudadano de los Estados Unidos. Si marcó "No" en el casillero de algún miembro de su familia que solicita la cobertura de *Medicaid*, *BadgerCare* o *Family Planning Waiver*, presente copias de ambas carillas de los documentos de inmigración con esta solicitud. Esta información puede ser presentada ante el INS con fines de verificación para aquellas personas que solicitan estos programas.

Si alguna persona de su hogar no se está inscribiendo en los programas *Medicaid*, *BadgerCare* o *Family Planning Waiver*, no será necesario incluir la prueba de la condición inmigratoria correspondiente a esa persona.

¿Cuál es su raza u origen étnico? (Opcional) Escriba los códigos que mejor describan la raza u origen étnico de cada miembro de su familia. Esta información es voluntaria y no se utilizará para determinar su elegibilidad.

- A = asiático
- B = negro
- H = origen hispano
- I = aborigen americano / esquimal
- P = nativo de Hawai o las islas del Pacífico
- S = del Sudeste asiático
- W = blanco

Relación con el solicitante

Escriba la relación que cada una de las personas anotadas tiene con el solicitante.

SECCIÓN III: Información sobre padre o madre ausente (Para completar esta sección, consulte las instrucciones correspondientes.)

Uno de los requisitos de elegibilidad para *Medicaid/BadgerCare* es cooperar con la identificación de padres o madres ausentes del hogar. Complete esta sección con la mayor exactitud posible respecto de cada padre o madre ausente del hogar. Si existe alguna razón por la cual usted no desea brindar esta información, deje esta sección en blanco.

Si usted es una mujer de entre 15 y 18 años de edad y está solicitando únicamente el programa *Family Planning Waiver* para usted, no complete la Sección III.

Si esta sección queda en blanco, usted será contactada por el departamento de servicios humanos o sociales de su condado o tribu para obtener información adicional, al menos que sea una mujer de entre 15 y 18 que sí esté solicitando la cobertura de *Family Planning Waiver*.

¿Hay algún menor en la familia cuya madre o padre biológico o adoptivo no resida en el mismo hogar?

Si algún menor que reside en el hogar tiene madre o padre biológico o adoptivo que no vive en el mismo hogar, marque "Sí". En caso de respuesta afirmativa, complete toda la Sección III.

Si los hijos que residen en el hogar tienen padres biológicos o adoptivos viviendo en el hogar, marque "No". En caso de respuesta negativa, diríjase a la Sección IV.

Nombre del padre o madre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)

Escriba el apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre del padre o madre ausente del hogar.

Número de Social Security

Escriba el número de *Social Security* (SSN) del padre o madre ausente, si es que los sabe. Si este campo queda en blanco, es probable que el departamento de servicios humanos o sociales de su condado o tribu lo contacte para obtener información adicional.

Fecha de nacimiento

Escriba la fecha de nacimiento del padre o madre ausente, si es que la sabe. Cuando escriba la fecha de nacimiento, use números para indicar el mes, día y año. (Por ejemplo: si la fecha de nacimiento es el 23 de febrero de 1970, escriba 02/23/70 en el espacio provisto para tal fin).

Nombres de los hijos

Escriba el apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre de los hijos del padre o madre ausente.

Relación con el hijo

Marque "Madre" o "Padre" para indicar la relación que la madre o el padre ausente tiene con los hijos mencionados.

Razón de la ausencia del padre/madre

Escriba la razón por la cual el padre o madre no vive en el hogar. (Por ejemplo: divorciado, separado, soltero, no puede ser localizado).

Fecha en que el padre/madre partió del hogar

Anote la fecha en la que el padre o madre partió del hogar, si es que la sabe. Cuando escriba la fecha, use números para indicar el mes, día y año. (Por ejemplo: si la fecha en la que el padre o madre partió del hogar es el 3 de marzo de 1999, escriba 03/03/99 en el espacio provisto para tal fin).

Fecha del último contacto con el padre/madre

Escriba la fecha del último contacto con el padre o madre ausente.

Orden judicial de divorcio o paternidad

Si existe una orden judicial de divorcio o paternidad, escriba el número de caso, condado y estado de la orden emitida.

SECCIÓN IV: Empleo (Agregue una segunda hoja en caso de necesitar más espacio.)

La elegibilidad para obtener la cobertura de *Medicaid*, *BadgerCare* y *Family Planning Waiver* estará basada en los ingresos familiares totales, excepto si usted es una mujer de entre 15 y 18 años de edad que solicita únicamente el programa *Family Planning Waiver*.

Escriba los ingresos brutos mensuales previstos para el mes actual y para el mes siguiente de cada miembro de su familia. Si usted es una mujer de entre 15 y 18 años de edad y únicamente está solicitando el programa *Family Planning Waiver*, los ingresos de sus padres y hermanos no serán considerados.

¿Usted o algún miembro de su familia trabaja?

Si algún miembro de la familia está trabajando, marque "Sí" y complete el resto de la Sección IV. De lo contrario, marque "No" y diríjase a la Sección VI.

¿Alguna de las personas nombradas más adelante es un trabajador migratorio?

Si algún miembro de su familia es un trabajador migratorio, marque "Sí" y complete el resto de la Sección IV. De lo contrario, marque "No".

Nombre de la persona que trabaja

Escriba el apellido y el primer nombre de cada miembro de la familia que tenga trabajo.

Empleador (nombre completo, dirección y teléfono)

Escriba el nombre completo, domicilio y número de teléfono del empleador de cada miembro de la familia que tenga trabajo.

Fecha de inicio del empleo

Escriba la fecha de inicio del empleo de cada miembro de la familia que tenga trabajo. Cuando escriba la fecha, use números para indicar el mes, día y año. (Por ejemplo: si la fecha de inicio del empleo es 2 de mayo de 2000, escriba 05/02/00 en el espacio provisto para tal fin).

Ingresos brutos mensuales previstos para este mes

Escriba los ingresos brutos mensuales (antes de la aplicación de impuestos y deducciones) previstos para el mes en curso de cada miembro de su familia que trabaja.

Ingresos brutos mensuales previstos para el mes próximo

Escriba los ingresos brutos mensuales (antes de la aplicación de impuestos y deducciones) previstos para el próximo mes de cada miembro de su familia que trabaja.

SECCIÓN V – Empleo independiente (Agregue una segunda hoja si más de una persona trabaja de manera independiente)

¿Usted o algún miembro de su familia trabaja en forma independiente?

Si algún miembro de su familia trabaja en forma independiente, marque “Sí”. Si marcó “Sí”, complete el resto de la Sección V. Enumere los montos que presentó en sus formularios de impuestos al IRS. Si no presentó la declaración impositiva correspondiente al año pasado, deje en blanco los casilleros de ingresos netos anuales y depreciación. El organismo del condado o tribu se comunicará con usted para obtener más información.

Si ninguna persona de su hogar trabaja de manera independiente, marque “No” y diríjase a la Sección VI.

Nombre completo (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)

Escriba el apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre de cada persona en el hogar que trabaja de manera independiente.

Empresa (nombre y domicilio)

Escriba el nombre y domicilio de la empresa de cada persona en el hogar que trabaja de manera independiente.

Rubro

Escriba el tipo de actividad comercial de cada persona en el hogar que trabaja de manera independiente.

Ingreso neto anual

Escriba el ingreso neto anual de cada persona en el hogar que trabaja de manera independiente. Enumere los montos presentados ante el IRS en sus formularios de declaración impositiva. Si no presentó la declaración impositiva del año pasado, deje este campo en blanco. El departamento local de servicios humanos o sociales de su condado o tribu se comunicará con usted para obtener más información.

Monto de depreciación reclamado

Enumere los montos presentados ante el IRS en sus formularios de declaración impositiva. Si usted no presentó la declaración impositiva correspondiente al año pasado, deje este campo en blanco. El departamento local de servicios humanos o sociales de su condado o tribu se comunicará con usted para obtener más información.

Ingresos previstos para este año

Escriba el ingreso bruto anual (antes de la aplicación de impuestos y deducciones) de cada persona en el hogar que trabaja de manera independiente.

SECCIÓN VI: Ingresos no salariales

¿Algún miembro de su familia percibe ingresos no salariales? SÍ / NO

Si algún miembro de su familia percibe ingresos no salariales, marque “Sí”. De lo contrario, marque “No”. En caso de respuesta afirmativa, complete la Sección VI para cada tipo de ingreso.

Nombre

Escriba el nombre completo de la persona cuyos tipos de ingreso fueron marcados como “Sí”.

Monto bruto mensual

Escriba el monto bruto mensual percibido en concepto de cada tipo de ingreso que fue marcado como “Sí”.

SECCIÓN VII: Seguro (Agregue una segunda hoja en caso de necesitar más espacio.)

¿Alguna persona posee actualmente seguro médico o de salud o lo tuvo en los últimos tres meses?

Si alguna persona de su hogar actualmente tiene seguro médico o de salud o lo tuvo en los últimos tres meses, marque “Sí”. De lo contrario, marque “No”.

Si marcó “Sí”, responda a las preguntas que están a la derecha del casillero SÍ/NO.

Nombre / domicilio de la compañía de seguro

Escriba el nombre y el domicilio de la compañía de seguro.

Nombre del asegurado

Escriba el nombre y apellido del asegurado.

Número de póliza

Escriba el número de la póliza.

Fecha de inicio

Escriba la fecha (mm/dd/aa) de inicio de la póliza. (Por ejemplo, si la fecha es el 2 de febrero de 2001, escriba 02/02/01 en el espacio provisto para tal fin).

Fecha de finalización

Escriba la fecha (mm/dd/aa) de finalización de la póliza.

¿Quién está cubierto por la póliza?

Escriba el nombre y el apellido de las personas aseguradas por la póliza.

SECCIÓN VIII: Cuidado infantil (Agregue una segunda hoja en caso de necesitar más espacio.)

¿Alguien paga por el cuidado de un niño o adulto para poder trabajar, buscar trabajo, asistir a la escuela o recibir capacitación?

Si alguien en su hogar paga por el cuidado de niños o adultos para poder trabajar, buscar trabajo, asistir a la escuela o recibir capacitación, marque "Sí". De lo contrario, marque "No".

Si marcó "Sí", responda a las preguntas que están a la derecha del casillero Sí/NO.

¿Quién paga por este servicio?

Escriba el nombre de la persona de su hogar que paga por el cuidado de niños o adultos.

¿Quién recibe el pago?

Escriba el nombre de la persona de su hogar que recibe el pago por el cuidado de niños o adultos.

¿Vive esta persona en su hogar?

Si la persona a quien usted paga por el cuidado de niños o adultos vive en su casa, marque "Sí". De lo contrario, marque "No".

¿Quién recibe los cuidados?

Escriba el nombre de la persona que recibe los cuidados en concepto de los cuales se efectúan los pagos.

Monto mensual

Escriba el monto mensual que se paga por el cuidado de niños o adultos.

SECCIÓN IX: Sustento de menores

¿Alguien paga el sustento de menores?

Si alguien en su hogar paga sustento de menores, marque "Sí". De lo contrario, marque "No".

Si marcó "Sí", responda a las preguntas que están a la derecha del casillero Sí/NO.

¿Quién paga el sustento de menores?

Escriba el nombre de la persona de su hogar que paga sustento de menores.

¿Quién recibe los pagos para el sustento de menores?

Escriba el nombre de la persona de su hogar que recibe los pagos en concepto de sustento de menores. (Éste debería ser el nombre del padre o madre ausente.)

Monto mensual

Escriba el monto mensual que se paga en concepto de sustento de menores.

SECCIÓN X: Embarazo

¿Hay alguna mujer embarazada en su hogar?

Si alguna mujer en su hogar está embarazada, marque "Sí". De lo contrario, marque "No".

Si marcó "Sí", responda a las preguntas que están a la derecha del casillero SÍ/NO.

¿Cuál es el nombre completo de la mujer embarazada?

Escriba el nombre y apellido de la mujer embarazada que vive en su casa.

Fecha de parto

Escriba la fecha de parto de la mujer embarazada que vive en su casa. (Por ejemplo, si la fecha de parto es el 3 de abril de 2003, debe escribir 04/03/03 en el espacio provisto para tal fin). Debe suministrar al departamento local de servicios humanos o sociales de su condado o tribu la verificación de un profesional médico que certifique su embarazo y fecha de parto.

¿Se espera un nacimiento múltiple?

Si se espera un nacimiento múltiple, marque "Sí". De lo contrario, marque "No".

¿Cuántos bebés se esperan?

Escriba la cantidad de bebés previstos para el parto.

SECCIÓN XI - Derechos y obligaciones

Su firma en esta solicitud significa que usted entiende y reconoce que el departamento de servicios humanos o sociales de su condado o tribu, el organismo W-2 y el *Department of Health and Family Services*, Departamento de Salud y Servicios Familiares, del estado están autorizados a solicitar toda información que sea apropiada y necesaria para la correcta administración del programa *Medicaid* autorizado por las leyes de Wisconsin.

Cualquier persona, institución financiera, entidad de informe crediticio, empleador o institución educativa está autorizada a divulgar esta información de acuerdo con la ley de Wisconsin, sección 49.22 (2m)(a), que establece lo siguiente: El departamento puede solicitar que cualquier persona proporcione todo tipo de información que considere apropiada y necesaria para la administración de la presente sección, de las secciones 49.141 a 49.161, 49.19, 49.46, 49.468 y 49.47; y los programas que llevan a cabo las determinaciones de 7 USC 2011 al 2029. A menos que el acceso a dicha información esté prohibido o restringido por ley o que la persona exponga una causa justa para negarse a cooperar, según lo determina el departamento conforme a las leyes y reglamentos de la legislación federal, la persona deberá realizar un esfuerzo de buena fe para proveer esta información dentro de los 7 días posteriores a la recepción del pedido, según lo dispuesto en este párrafo. Excepto lo estipulado en los apartados (2p) y (2r) y sujeto al apartado (12), el departamento u organismo de sustento de menores del condado, según lo establece la sección 59.53(5), puede divulgar la información obtenida de acuerdo con lo estipulado en este párrafo sólo en la administración de esta sección, las secciones 49.141 a 49.161, 49.19, 49.46 y 49.47 y los programas que cumplen con las determinaciones de 7 USC 2011 a 2029. Los empleados del departamento u organismo de sustento del menor del condado, según lo estipula la sección 59.53(5) están sujetos a la sección 49.83".

Tiene derecho a apelar cualquier acción legal que se inicie en relación con su solicitud del programa *Medicaid*, *BadgerCare* o *Family Planning Waiver* o los beneficios actuales con la que usted no esté de acuerdo solicitando una audiencia imparcial. Para solicitar una audiencia, deberá escribir a:

Wisconsin Department of Administration
Division of Hearings and Appeals
P.O. Box 7875
Madison, WI 53707-7875

También podrá solicitar personalmente o por escrito una audiencia imparcial al organismo local de servicios humanos o sociales de su condado o tribu.

El *Department of Health and Family Services*, Departamento de Salud y Servicios Familiares (DHFS), es un empleador y proveedor de servicios que adhiere a las prácticas de oportunidades igualitarias en el lugar de trabajo. Si tiene preguntas acerca de derechos civiles, llame al (608) 266-3465 (voz) o al (608) 266-2555 (TTY).

Para presentar una denuncia por discriminación, comuníquese con:

- Wisconsin Department of Health and Family Services (DHFS)
Affirmative Action and Civil Rights Compliance Office
1 W. Wilson, Room 555
Madison, WI 53707-7850
Teléfono: (608) 266-9372 (voz); (608) 266-5555 (TTY)
Fax: (608) 267-2147
- U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights – Region V
233 N. Michigan Avenue
Suite 240
Chicago, IL 60601
Teléfono: (312) 886-5077 (voz) o (312) 353-5693 (TTY)

LISTA DE VERIFICACIÓN

- ¿Completó la solicitud?
- Si usted no es ciudadano estadounidense, ¿incluyó las copias de ambas carillas de la documentación sobre su condición inmigratoria?
- Si usted está embarazada, ¿incluyó la nota firmada y fechada de un médico u otro profesional de la salud certificando su embarazo y fecha de parto?
- ¿Leyó la sección "Derechos y obligaciones"?
- ¿Firmó y fechó la solicitud?
- ¿Si está actuando en nombre del solicitante, incluyó el formulario del representante autorizado?

Envíe la solicitud completa al departamento de servicios humanos o sociales de su condado o tribu, el organismo W-2 o la filial de Medicaid de su condado. Puede encontrar los domicilios de los organismos del condado o tribu en: <http://www.dhfs.state.wi.us/Medicaid1/contacts/recipient-contacts.htm> o comunicarse con *Medicaid Recipient Services*, Servicios para Beneficiarios de Medicaid, al: 1-800-362-3002.

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL PROGRAMA

Si está interesado en servicios para veteranos de guerra, llame al 1-800-947-8347 (WIS-VETS), o comuníquese con el *Veteran Service Officer*, Funcionario de Servicio para Veteranos.

Para obtener más información sobre el *Women, Infants, and Children (WIC) Nutrition Program*; Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños; llame al 1-800-722-2295.

Para obtener más información sobre servicios para mujeres, niños y familias, comuníquese con la *Wisconsin Maternal Child Health Hotline*, línea directa de Salud para el Niño y la Madre de Wisconsin al 1-800-722-2295.